

週刊WEB

医療経営

MAGA
ZINE

Vol.752 2022.12.20

医療情報ヘッドライン

出産育児一時金を50万円に引き上げ 岸田首相「過去最大の上げ幅」と強調

▶岸田文雄首相会見

医療経済実態調査に新たな項目を追加 水道光熱費に給食費、人材委託費も

▶厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

週刊 医療情報

2022年12月16日号

2024年度の臨床研修募集定員 上限数を了承

経営TOPICS

統計調査資料

医療施設動態調査 (令和4年7月末概数)

経営情報レポート

待遇改善と医療事故防止の確立が重要! 歯科衛生士を確保するポイント

経営データベース

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賞与・退職金制度

退職金の分類 ポイント制退職金設計の流れ

京都税理士法人
KYOTO CERTIFIED TAX ACCOUNTANT COMPANY

京都本社
〒601-8328 京都市南区吉祥院九条町30番地1 江後経営ビル
TEL: 075-693-6363 FAX: 075-693-6565
滋賀本社
〒525-0059 滋賀県草津市野路1丁目4番15号 センシブルBLDG ZEN 6階
TEL: 077-569-5530 FAX: 077-569-5540

出産育児一時金を50万円に引き上げ 岸田首相「過去最大の上げ幅」と強調

岸田文雄首相会見

岸田文雄首相は12月10日、臨時国会の閉会を受けての記者会見で、出産育児一時金を2023年4月から50万円に引き上げると明言した。現行の42万円から8万円増となる。岸田首相は「過去最大の上げ幅」と強調し、「子ども政策の充実」に取り組むとしたうえで、「社会全体での費用負担のあり方を検討」とも言及。現在、費用負担をしていない後期高齢者も含め、全世代で負担を増やす意向をにじませた。

■2019年度の支給件数は

91万件、支給額は3,827億円

加速度的に進む少子化を受け、岸田内閣は「こどもまんなか社会」の実現を目指している。岸田首相は会見で「我が国の未来は子どもにかかっています」とし、出産育児一時金の引き上げに加え、妊婦健診時の交通費やベビー服などの育児関連用品、産後ケア、家事支援サービスなどに使える10万円相当の経済支援を2023年以降も所得制限なしで継続していくとした。

妊娠や出産は病気ではないことから、医療健康保険の適用外だ。しかし、妊婦健診や分娩には相應の費用がかかるため、補助制度が設けられている。出産育児一時金は、「育児」と入っているが、実際は出産費の補助だ。

厚生労働省が10月の社会保障審議会医療保険部会で提出した資料にも、「健康保険法等に基づく保険給付として、健康保険や国民健康保険などの被保険者またはその被扶養者が出産したとき、出産に要する経済的負担を軽減するため、一定の金額が支給される制度」と明記されている。2019年度の支給件数は91万件、支給額は3,827億円（内訳は協

会けんぽ1,630億円、健康保険組合1,247億円、共済組合501億円、市町村国保359億円、国保組合91億円）。

■平均出産費用が

50万円を超える自治体もある

出産一時金は、創設当初の1994年10月からしばらくは30万円だった（それ以前は「分娩費」として最低保証額24万円と「育児手当金」2,000円を支給）。

金額の根拠は、1993年度の国立病院の平均分娩料が26.4万円、出産前後の健診費用が2.7万円だったことにある。しかし、年々分娩料は上がっていく。

2005年3月に国立病院の平均分娩料が34.6万円となったことを受け、2006年10月に出産育児一時金を35万円へと引き上げ。2009年には、「全施設の平均出産費用」（差額ベッド代、特別食、産後の美容サービスは対象外）が39万円であることを根拠に42万円と引き上げられた（同時に直接支払制度が導入される）。

その後、産後医療補償制度の掛金が段階的に引き下げられてはいたものの金額自体は変わらなかったが、コロナ禍で急激に出生数が下がったことも影響し、今回一気に8万円も引き上げられることとなった。

ただ、2021年度の公的病院の出産費用は平均45万4,994円であるものの、実は地域差が大きい。東京、神奈川、茨城の3都県は平均50万円を超え、東京は56万5,092円と平均値にもかかわらず今回引き上げられた支給額と6万5,000円以上の開きがある。有効な少子化対策として機能するかは疑問の残る状況だといえよう。

医療経済実態調査に新たな項目を追加 水道光熱費に給食費、人材委託費も

厚生労働省 中央社会保険医療協議会 総会

厚生労働省は、12月14日の中央社会保険医療協議会（中医協）総会で、医療経済実態調査の実施案を提示。調査票に新たな項目として「水道光熱費」や「給食委託費」「人材委託費」が盛り込まれた。

「人材委託費」には、人材紹介会社へ支払う「紹介手数料」も入っている。このほか、今年10月に導入された「看護職員処遇改善評価料」の届出有無を記す項目や、「看護職員処遇改善評価料」が設けられる前に今年2月から9月まで実施されていた「看護職員等処遇改善事業補助金」の金額を記す項目も追加されている。新型コロナウイルス感染症入院患者の受入実績などは削除された。

■「介護収益の内訳」や

「税金の内訳」は削除

医療経済実態調査は、病院および一般診療所、歯科診療所、保険薬局を対象に実施されるもの。経営の実態を明らかにし、診療報酬改定（次回は2024年度）の基礎資料とするのが目的だ。そのため、改定年度の前、今回だと2021年度および改定後の2022年度の状況を調査する。

今回の調査では、統計の精度を高めるため回答数および回答率の向上を図ることを重視しており、必要性の低い項目の見直しも行われた。たとえば、これまでは「損益」として「介護収益の内訳」および「税金の内訳（法人税、住民税、事業税）」が項目として入っていたが、これらは廃止された。

介護収益は一般病院で全体の2.1%、保険薬局で0.5%にとどまっており、税金に至っては調査結果として公表されていないなど、

活用されていないデータだからである。

一方で、経営状況を左右する費用でありながら、これまで調査項目となっていなかったのが、今回追加された「水道光熱費」「給食委託費」「人材委託費」だ。

「水道光熱費」は、ロシア・ウクライナ情勢の影響を受けた世界的なエネルギー価格の高騰により、急激に上昇している。

11月の中医協総会では、支払側委員から「価格高騰を理由に項目を追加するのは違和感がある。2年間の状況のみで中長期的な傾向も判断できない」という声もあがったが、現状、エネルギー価格は地政学リスクによって急激に変動するものだけに、的外れな指摘だったといえよう。

■入院時食事療養費の

見直しにも影響か

「給食委託費」は、昨今の記録的なインフレによる物価高騰を受け、コスト高となっている。加えて、入院時食事療養費が1994年から30年近くにわたって事実上据え置かれている事実も見逃せない。

今年6月には、四病院団体協議会が厚生労働相に「入院中の食事療養に必要な費用に関する改正要望書」を提出。給食部門の収支状況について早急に実態調査を実施し、現状1食640円の入院時食事療養費を適正額へ改正すること、その際に患者の負担額を増やさないこと、人件費を含めた病院厨房管理の固定費を「入院患者1人1日あたりの報酬として支払われるよう」制度変更することを求めており、今回の調査項目追加はそうした声を受け止めた結果ともいえそうだ。

医療情報①
 医師
 臨床研修部会

2024年度の臨床研修募集定員 上限数を了承

厚生労働省は12月2日、今年度の初会合となる「医道審議会医師分科会医師臨床研修部会」（部会長＝国土典宏・国立国際医療研究センター理事長）を開催し、2024年度の各都道府県の募集定員上限、および医師臨床研修制度の見直しについて討議。併せて、23年度の臨床研修病院の募集定員設定状況や「基礎研究医プログラム」の採用状況等についても報告した。

●1万1209人を募集定員上限とする案を了承

24年度の募集定員上限については、24年度の研修希望者数の推計を1万538人（マッチングの推計参加者数1万334人に23年度時点の自治医科大学および防衛医科大学校の6年生の人数204人を足した人数）と見積もり、これに1.06を乗算。そのうえで、23年度の募集定員上限と募集定員との差分に5分の1をかけた人数を加えた1万1209人を募集定員上限とする事務局案を了承した。また、通常、おおむね5年間を区切りとして見直しを実施してきた医師臨床研修制度については、年明け3月ごろから審議を開始し、約1年をかけて部会報告書を取りまとめた後、1年間の見直し内容の周知・準備期間を経て、25年4月からそれに基づく新たな研修の開始となるスケジュールが事務局より示された。

臨床研修の必修化後、研修医の募集定員が研修希望者の1.3倍を超える規模まで拡大するとともに、研修医が都市部に集中する傾向が続いたことを受けて、国は10年度の臨床研修より都道府県別の募集定員上限を設定した。その効果もあり、その後、募集定員倍率を段階的に縮小し、25年度には約1.05倍とする方針が定められている。

具体的には、大都市部のある6都府県（東京・神奈川・愛知・京都・大阪・福岡）の採用人数の全国に占める割合は、03年度の51.3%から22年度には40.7%まで減少している。

事務局は、これまでの状況を踏まえて、前出のように、24年度の研修希望者数1万538人の推計に対して1.06（23年度と同じ）を乗算したうえで募集定員上限を1万1209人とするほか、都道府県ごとの募集定員上限の算出方法は、新たに募集定員上限からの減少率が全国の募集定員上限の減少率を上回る場合の加算を加えるなどの案を委員に諮った。

花角英世委員（新潟県知事）は、「20年前と比べれば改善されているが、17年くらいからは大都市部の集中度合に変化がなく、もう一段の取り組みが必要ではないか」としたうえで、「臨床研修の質を考えた場合は症例数、つまりは人口を中心に考えるべきではないか。また、前年まで保障するとしている激変緩和についても、都市部の定員が固定化される懸念があり、この方法が適切かどうかを確認する必要がある」と意見を述べた。

釜范敏委員（日本医師会常任理事）は、「地域偏在も大きな課題だが、医学部を卒業した医師に対していかにして効率よく研修を行い、早く必要なレベルに達してもらうかが重要だ。そのためには、質の担保に重点化しなければならない。また、募集定員への対応だけで医師偏在の是正を図るのは難しく、別の視点で対応しないと難しいのではないか」と問題提起した。

●医師臨床研修制度の見直しの論点を提示

また、同日の医師臨床研修部会で事務局は、これまでの研修制度の経緯や、前回（20年度）の制度見直しの概要について説明。以下などの見直しに関する論点を提示した。（以降、続く）

- ▼基幹型臨床研修病院の指定基準（年間の入院患者数 3000人以上・受け入れる研修医の数〔病床数を10で割った数または年間の入院患者数を100で割った数を超えないものであること〕）
- ▼第三者評価
- ▼地域医療の研修

医療情報②
 社保審医療
 保険部会

医療保険の被用者保険間の格差是正見直し審議

厚生労働省は12月1日、「第159回社会保障審議会医療保険部会」（部会長＝田辺国昭・国立社会保障・人口問題研究所所長）を開催し、これまでに引き続き医療保険制度改革を審議した。今年9月28日に開催された「第7回全世代型社会保障構築会議」では、被用者保険間の格差是正の見直しの方向性について、以下としている。

- ▼被用者保険では負担能力に応じた仕組みを強化し、前期財政調整において被用者保険間では現行の「加入者数に応じた調整」に加え、部分的に「報酬水準に応じた調整」を導入してはどうか
- ▼前期高齢者納付金の計算に複数年（3年）平均給付費を用いてはどうか
- ▼現役世代の負担をできるかぎり抑制し、企業の賃上げ努力を促進する形で既存の支援を見直すとともに、さらなる支援を行ってはどうか

これまで骨太方針の改革工程表などで検討事項とされている現役並み所得の判断基準について事務局は、今年10月に施行された窓口負担割合の見直し（一定以上所得者への2割負担の導入）の施行状況などを注視する必要があるとあり、かつ、現役並み所得者への医療給付費には公費負担がなく、判断基準の見直しによって現役世代の負担が増加するなどといった理由から、引き続きの検討を要するとの方針を提示。併せて、金融資産・所得の負担への反映についても、負債の把握が困難なことや、保険者の事務負担の増加などを理由に継続して検討する考えを示した。（以降、続く）

医療施設動態調査 (令和4年7月末概数)

厚生労働省 2022年9月30日公表

病院の施設数は前月に比べ 増減無し、病床数は 1 1 7 床の増加。
 一般診療所の施設数は 2 4 施設の増加、病床数は 2 7 9 床の減少。
 歯科診療所の施設数は 2 7 施設の減少、病床数は 3 床の減少。

1 種類別にみた施設数及び病床数

各月末現在

	施設数			増減数		病床数		
	令和4年7月	令和4年6月	増減数			令和4年7月	令和4年6月	増減数
総数	180 829	180 832	△ 3	総数	1 574 466	1 574 631	△ 165	
病院	8 162	8 162	-	病院	1 493 653	1 493 536	117	
精神科病院	1 056	1 056	-	精神病床	322 041	322 197	△ 156	
一般病院	7 106	7 106	-	感染症病床	1 905	1 905	-	
療養病床を有する病院(再掲)	3 462	3 463	△ 1	結核病床	3 867	3 867	-	
地域医療支援病院(再掲)	671	670	1	療養病床	279 405	279 407	△ 2	
				一般病床	886 435	886 160	275	
一般診療所	104 950	104 926	24	一般診療所	80 755	81 034	△ 279	
有床	5 981	5 998	△ 17					
療養病床を有する一般診療所(再掲)	593	601	△ 8	療養病床(再掲)	5 806	5 878	△ 72	
無床	98 969	98 928	41					
歯科診療所	67 717	67 744	△ 27	歯科診療所	58	61	△ 3	

2 開設者別にみた施設数及び病床数

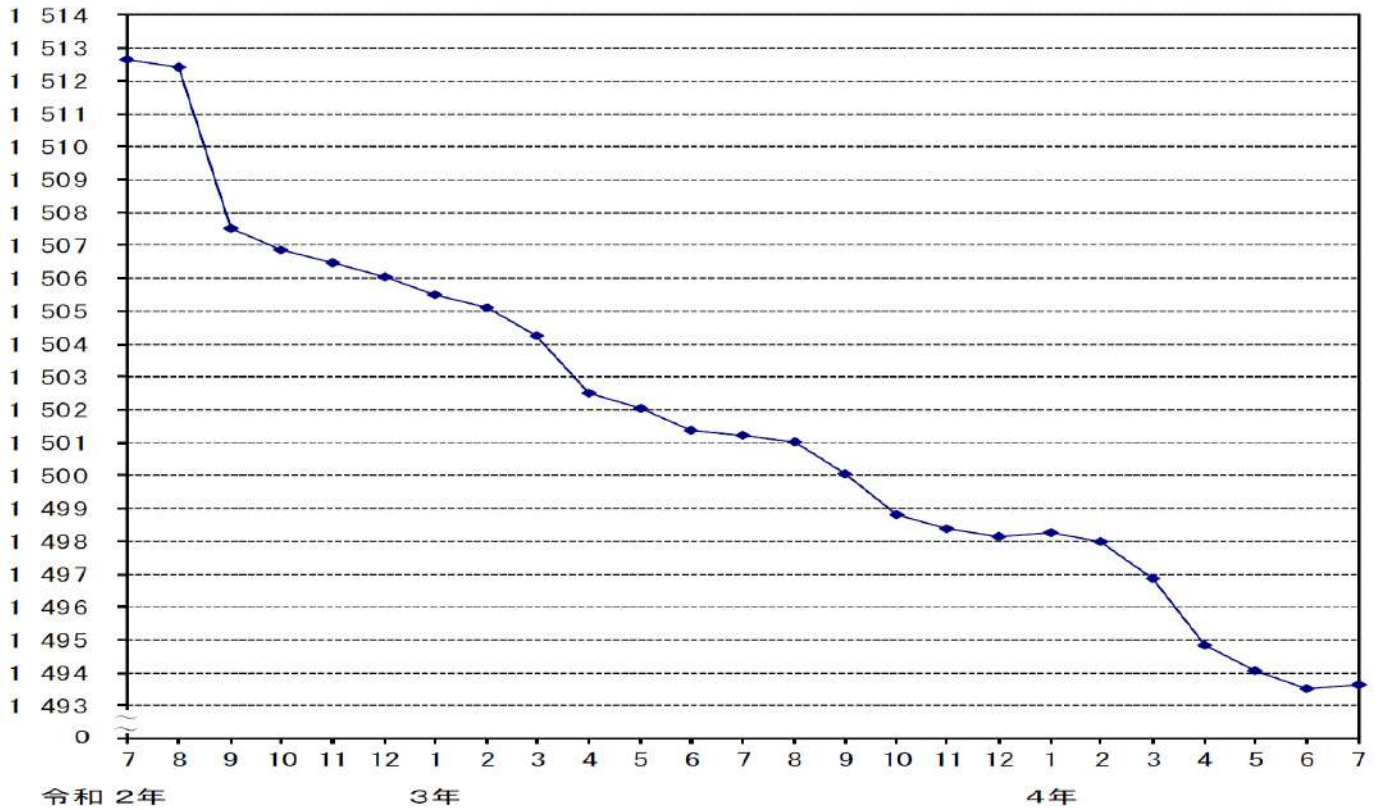
令和4年7月末現在

	病 院		一般診療所		歯科診療所
	施設数	病床数	施設数	病床数	施設数
総数	8 162	1 493 653	104 950	80 755	67 717
国 厚生労働省	14	4 168	21	-	-
独立行政法人国立病院機構	140	52 486	-	-	-
国立大学法人	47	32 735	147	-	-
独立行政法人労働者健康安全機構	32	11 864	1	-	-
国立高度専門医療研究センター	8	4 078	-	-	-
独立行政法人地域医療機能推進機構	57	15 259	4	-	-
その他	18	3 322	370	2 173	4
都道府県	188	46 398	321	186	7
市町村	599	120 693	3 460	2 007	252
地方独立行政法人	129	51 714	39	17	-
日赤	91	34 556	203	19	-
済生会	82	22 153	56	10	1
北海道社会事業協会	7	1 622	-	-	-
厚生連	99	31 403	66	44	-
国民健康保険団体連合会	-	-	-	-	-
健康保険組合及びその連合会	7	1 569	282	-	2
共済組合及びその連合会	39	12 937	139	-	4
国民健康保険組合	1	320	13	-	-
公益法人	188	46 422	477	146	93
医療法人	5 664	834 914	45 800	62 933	16 154
私立学校法人	113	56 260	213	38	17
社会福祉法人	201	33 994	10 355	400	44
医療生協	79	13 087	293	182	48
会社	27	7 823	1 636	10	12
その他の法人	207	43 018	1 044	435	127
個人	125	10 858	40 010	12 155	50 952

参 考

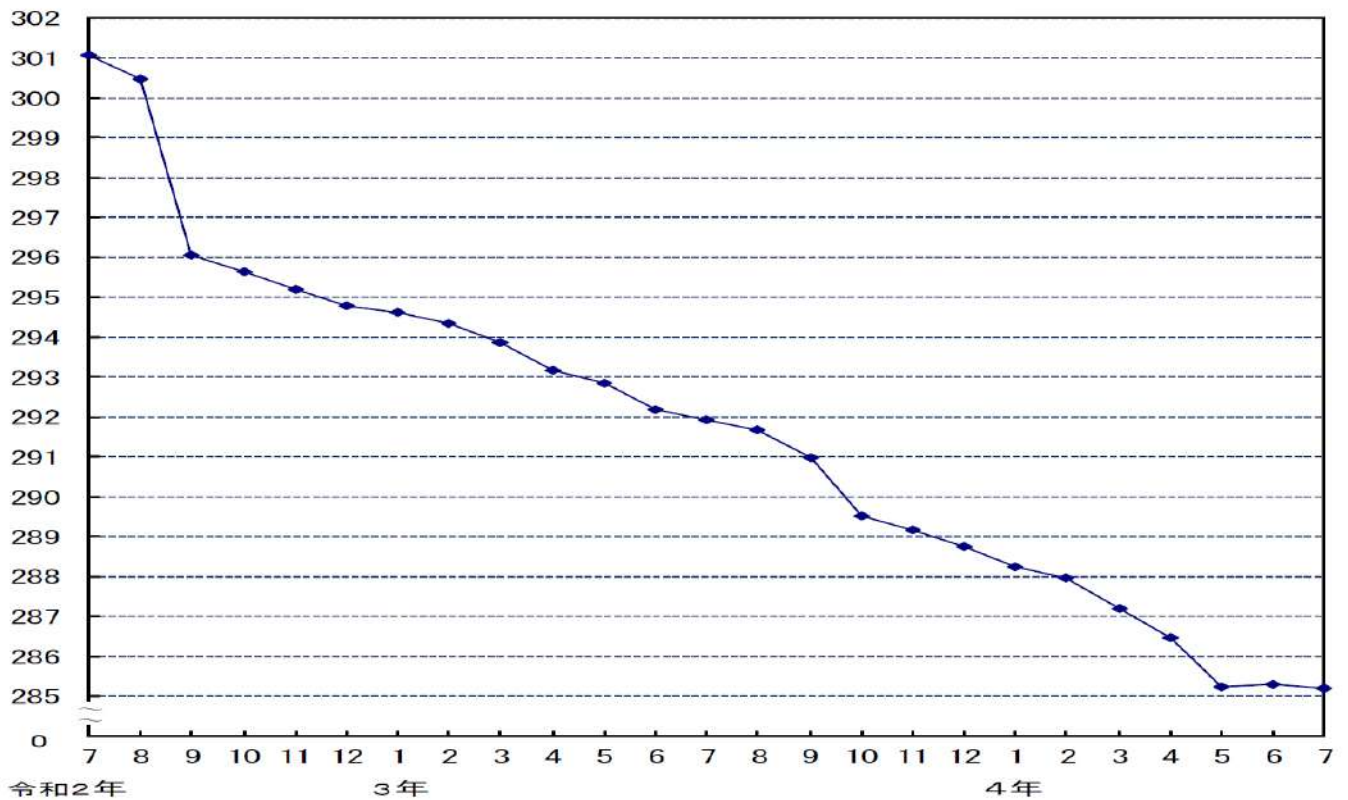
病床 (千床)

病院病床数



病床 (千床)

病院及び一般診療所の療養病床数総計





経営情報
レポート
要約版



歯科医院

待遇改善と医療事故防止の確立が重要！

歯科衛生士を 確保するポイント

1. 歯科衛生士数の推移と勤務の現状
2. 待遇改善要望と給与面での改善策
3. スタッフの能力評価と教育システムの構築
4. 事例に学ぶ医療事故予防策



■参考資料

【厚生労働省ホームページ】：医療経済実態調査令和3年実施分 医療施設調査令和4年報告（令和2年調査分）
賃金構造基本調査の職種別賃金額 職種、勤続年数・経験年数別所定内給与額 健康保険の種類
働き方・休み方改善ポータルサイト 【日本歯科衛生士会ホームページ】：歯科衛生士の勤務実態調査
（株）サンエープリント：「歯科衛生士の仕事」（著者 筋野真紀 高橋裕美 高野舞弥）

1

医業経営情報レポート

歯科衛生士数の推移と勤務の現状

我が国の歯科衛生士数は、年々増加しています。厚生労働省の分析では、歯科医院側が給与や福利厚生といった待遇面の改善と、院内の教育体制の構築、医療事故予防の対応策を構築するなどの安心・安全な職場環境の整備を行ったことが増加の要因としています。

加えて結婚、出産、高齢化などで退職した歯科衛生士の復職支援や復職制度の構築が増加につながっていると考えられています。

歯科衛生士を多数雇用している歯科医院の雇用条件等をみると、上記のように、給与や有給休暇取得実績の良さ、週休2日制、時間外勤務の少なさ、研修会の開催やセミナー、学会参加の補助、医療事故予防対策の構築等の労働条件が整備されている歯科医院への応募が増加しているようです。

「歯科衛生士を募集してもなかなか応募がない」と悩む医院は、いま一度自院の待遇面、研修制度、事故予防策等を見直し、改善していく努力が必要です。

■ 歯科衛生士の勤務状況

令和2年の全国の歯科衛生士数は 142,760 人で、平成 22 年に比べると 39,580 人増加し、前回の平成 30 年と比べると 10,131 人増加しています。令和2年の就業場所では診療所が 129,758 人となっており、構成割合の 90.9%を占めています。

年齢別でみると、20 歳代 34,713 人 (24.3%)、30 歳代 36,229 人 (25.4%)、40 歳代 38,072 人 (26.7%)、50 歳以上 33,746 人 (23.6%) となっており、ほぼ均等に分布しています。

過去 10 年間の推移では、平成 26 年から減少していた「25～29 歳」の割合がやや増加し、増加していた「30～34 歳」の割合が減少しました。これは結婚や出産年齢の上昇による影響が大きいと思われます。

「50 歳以上」では、平成 28 年から全年齢階級で最も高い割合となっていますが、これは働き方が多様化し、歯科衛生士が年齢や経験を重ねて自分のライフスタイルに合わせた就業先や形態を選択できるようになったこと、全国での復職支援、離職防止の取組みの効果ではないかと思われます。

■ 就業歯科衛生士の年次推移

(単位：人)

	平成22年	平成24年	平成26年	平成28年	平成30年	令和2年
歯科衛生士	103,180	108,123	116,299	123,831	132,629	142,760

(出典) 厚生労働省：令和4年1月衛生行政報告 令和2年調査より

2

医業経営情報レポート

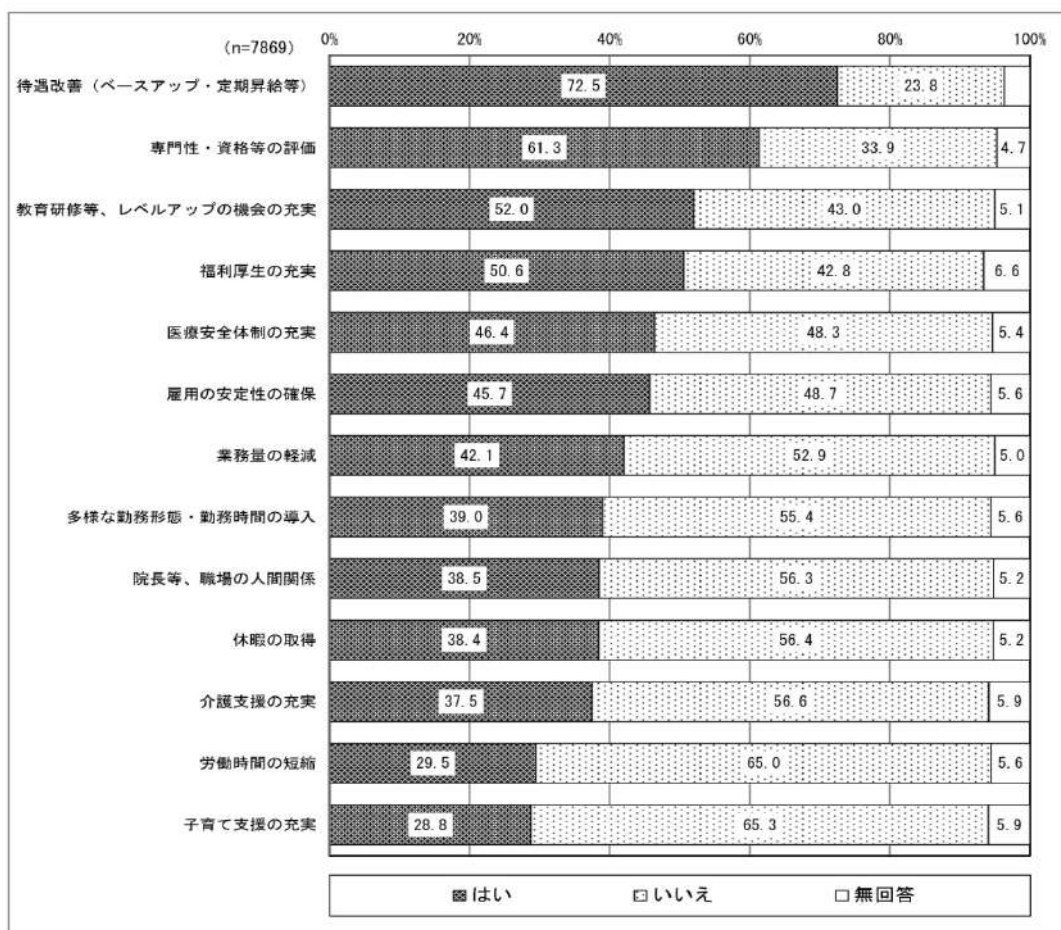
待遇改善要望と給与面での改善策

前述から、休暇取得、勤務時間、昇給制度等の改善など、歯科衛生士の働きやすい環境を作ることが歯科衛生士確保の重要な条件になっていることがわかります。

■ 歯科衛生士の待遇改善の要望

歯科衛生士が望む、「現在での職場で改善して欲しい項目」へのアンケート調査では、「給与等の改善（定期昇給等）」が72.5%、「専門性・資格等の評価」が61.3%、「教育研修等・レベルアップの機会の充実」が52.0%、「福利厚生への充実」が50.6%、「医療安全体制の充実」が46.4%、「雇用の安定性の確保」が45.7%、「業務量の軽減」が42.1%、「多様な勤務形態・勤務時間の導入」が39.0%、「院長等、職場での人間関係」が38.5%、「休暇の取得」が38.4%、「介護支援の充実」が37.5%、「労働時間の短縮」が29.5%、「子育て支援の充実」が28.8%ありました。

■ 現在の職場で改善して欲しい項目



（出典）公益社団法人 日本歯科衛生士会 令和2年3月 歯科衛生士の勤務実態調査報告書

3

医業経営情報レポート

スタッフの能力評価と教育システムの構築

歯科医院の治療は歯科医師や歯科衛生士が行いますが、歯科助手、受付・会計、歯科医療事務といったスタッフ全員でのチーム医療が必要です。

歯科医院によって院長の診療方針や経営理念、治療のシステムも違ってきます。新人はもちろん、経験者に対しても、その医院独自の教育システムを構築し、スタッフの能力向上が図れるようにする必要があります。

■ 歯科衛生士の評価と教育内容の明確化

歯科衛生士が能力を向上させていくと、さまざまな効果が表れてきます。

能力の向上とともに、診療で良い結果が出ると自信を持てたり、適切な治療ができることで仕事が楽しくなります。

働く意欲が高まるなど、他のスタッフへもプラスの影響が広がった結果、医院の雰囲気明るく楽しいものになれば、スタッフの定着率も高まり、増員や欠員時に応募者が多数来るといった状況も起こります。

(1) 現時点でのスタッフの評価

現時点でのスタッフ各人の能力を評価します。能力の評価には、前職を含む臨床歴・経験年数を基準にすることが多いのですが、歯科医院ごとに業務をどこまでさせていたかが違うため、同じ経験年数でも能力に差があることがみられます。

自院での入社年数によって評価を行い、実力を把握した時点でランクを調整すると良いでしょう。

■ スタッフの評価例

入社年数	評価ランク
新卒者～1年	ランク1
1年以上	ランク2
3年以上	ランク3
5年以上	ランク4
中途採用者、復帰したスタッフ等	経験年数によってランク分け

(2) 目標の明確化

教育・研修は、そのスタッフにどうなって欲しいのか、どの能力を向上して欲しいのか、といった現状分析から見据えた目標設定を明確にします。

4

医業経営情報レポート

事例に学ぶ医療事故予防策

医療事故はどんな状況でも起こる可能性があります。様々な医療事故を想定し、問題点の分析から予防策を講じる必要があります。

医療事故は患者にだけでなく、医院全体の問題です。起こしてしまった後の対応も大事ですが、起こさないように医療安全対策を構築して予防することも重要なポイントです。

■ 医療事件事例①

■ バキュームチップを口腔内に落下させた

状況	口腔内バキューム操作の際、口角にチップが引っ掛かり、口腔内に落下させた。すぐにチップは取り出したが、口蓋奥にあたってしまい、患者がはげしくむせこみを起こしてしまった。
----	---

■ 事故の経過と問題点分析

経過状況	問題点分析
口角にチップが引っ掛かり、口腔内に落下させた	<ul style="list-style-type: none"> バキュームチップをしっかりと差し込んでいなかった
取り出したが口蓋奥にあたってしまい、むせこみを起こしてしまった	<ul style="list-style-type: none"> 患者の体勢を誤嚥しないように横向きにできなかった バキュームチップを取る際、挿入禁忌部位を超えてしまった

■ 医療安全予防策

● 対応策

- 使用器具の操作方法を確認する

● システムの改善

- 治療開始前に器具や機材の点検と確認を行う
- 口腔内への器具や機材の取り扱い、落下事故に対する対応を定期的に研修する機会を設ける

■ 医療事件事例②

■ 染色液で患者の衣服を汚してしまった

状況	歯垢染色をするためにピンセットで染め出し用綿球を持った際に、唾液がたまっていることに気づき、先に吸引をしようとバキュームを取ろうとしたところ、染め出し用の綿球がピンセットの先から落下し、患者の衣服を汚してしまった。
----	---

■ 事故の経過と問題点分析

経過状況	問題点分析
染め出しを持ったまま吸引を行った	<ul style="list-style-type: none"> 両手で同時に異なる作業を行おうとしたため、集中力を欠いてしまった
綿球がピンセットから落下し、衣服を汚した	<ul style="list-style-type: none"> エプロンの位置を確認するなど、衣服を汚さないための基本的な対応を怠った



退職金の分類

退職金の分類について、教えてください。

退職金は大きく分けて次の4つの種類に分類することができます。

1. 基本給連動型退職金

退職時の基本給に、勤続年数別の係数をかけて退職金額を算出する方法で、最も多くの病院で採用されている退職金制度です。ただし、人事制度改定時に基本給の体系を変更するため、退職金額に影響が出ます。また、経済成長率が非常に高かった時代に設計された制度である場合が多く、退職金の負担が非常に大きくなっている病院が多く見られます。

また、算定の基礎となるのが、退職時の基本給であるため、勤続期間全体を通しての病院への貢献度を測定することができず、かなり年功的な制度となっています。

基本給連動型の退職金制度を採用している病院では、人事制度改定時に退職金制度も改定することをお勧めします。

2. テーブル式退職金

退職時の勤続年数や、退職時の役職などに応じて、金額が予め定められている退職金制度です。基本給と切り離されているため、給与体系の変更を思い切ることができるメリットがあります。また、複雑な計算がないため管理も簡単です。

ただ、設計の自由度が限られているため、勤続期間を通しての病院への貢献度をきめ細かく反映することができないというデメリットもあります。

3. 外部拠出からの返戻金＝退職金方式

この退職金制度は、中小企業退職金共済や、業界団体で作っている〇〇業共済といった、外部運用機関に対して病院が退職金の掛金を毎月拠出して、職員の退職時には、外部機関から直接職員に返戻金が支払われる仕組みです。

病院側の就業規則、あるいは賃金規程には、「職員の退職後、中小企業退職金共済から支払われる金額を持って退職金とする。」というように規定されます。

外部機関からの返戻金が退職金となり、病院サイドとしては、毎月の掛金をしっかりと拠出しておけば、退職金の負担を考える必要がなくなるため、病院側にとっては、メリットが大きいといえます。一方、職員の立場で考えると、自分の退職金額をイメージすることが難しいというデメリットがあります。

この方式を採用する場合には、基本給、役職などとの関係で金額を決定する一定の基準式を作成して、職員にも安心感を与える工夫が必要です。

4. ポイント制退職金

勤続年数や等級（役職）に対して、毎年一定のポイントを付与して、退職時に保有しているポイントに対して、ポイント単価をかけて退職金額を決定する方式をポイント制退職金といいます。最近、基本給連動型の退職金制度からポイント制退職金に変更する病院が多くなっています。基本給と退職金の関係を断ち切ることができ、勤続期間中すべての貢献を反映することができるというメリットがあります。

また、旧制度から新制度への移行にあたっては、旧制度の既得権部分をポイント換算して引き継ぐことができるため、スムーズな制度移行をすることができます。

このように、ポイント制退職金には多くのメリットがあるため、退職金制度の改定を検討する場合には、ポイント制退職金の導入を最有力候補として検討することをお勧めします。

ジャンル:人材・人事制度 > サブジャンル:賞与・退職金制度

ポイント制退職金設計の流れ

**ポイント制退職金設計の流れとは、
 どのようなものでしょうか？**

ポイント制退職金は、文字通りポイントを付与する退職金制度です。①**勤続年数**、②**資格等級**、③**役職**、④**人事考課結果**の4つの要素のいずれか、あるいは複数に対してポイントを付与することが望ましいといえます。

(1) ポイント制退職金とは

退職金制度の中で、最も設計の柔軟性が高く、貢献度をきめ細かく反映できるのが、ポイント制退職金制度です。一般的には、勤続ポイントと等級ポイントで構成する 경우가圧倒的に多いといえます。

(2) ポイントの対象

ポイント制退職金は、文字通りポイントを付与する退職金制度です。では、ポイントの対象とする要素を何にしたらよいのでしょうか。退職金には、「老後の生活保障」「賃金の後払い」「功労報償」という3つの概念が含まれています。

(3) ポイント単価

通常ポイント単価は、10,000 円で設定します。退職金規程には、「単価は会社業績、世間相場、物価変動に伴って変更する場合がある。」と記載しますが、現実的には、見直しのルールや何と連動させるかなど、具体的に定めておかないと変更は難しいといえます。

(4) 既得権のポイント化

退職金を新制度へ移行する際は、既得権の保護と期待権に対する納得を得る必要があります。

退職金支給額の一方的な減額や打ち切りは労務トラブル発生の危険性がありますので注意が必要です。退職金は、退職して初めて具体的請求権が発生するものであり、その意味では在職中の職員にとって「既発生権利」ということはあり得ません。

しかし、現行の退職金制度のもとで、すでに職員が受け取ることが確定している退職金を不支給や減額することは労働条件の不利益変更にあたります。そのため、退職金制度変更の前日(旧制度の最終日)までの、既得権を計算しておきます。

そしてその金額を既得権部分のポイントとして、ひとり一人の職員が退職するまで、管理保管しておくことが必要です。また、新制度へ移行する際には、各人に「持ちポイント」を通知しておくことが望ましいといえます。